

# Criação e Validação de Questionários para avaliação da Satisfação com o Tratamento da Cirurgia Bariátrica.

---

**Dissertação de Mestrado Integrado em Medicina**

**Artigo de Investigação**

Maria Luísa Malvar Azevedo Magalhães Gonçalves

Orientadora: Dra. Maria Helena Cardoso

Co-orientadora: Dra. Isabel Silva

Ano Lectivo 2013/2014

# Criação e Validação de Questionários para Avaliação da Satisfação com o Tratamento da Cirurgia Bariátrica.

Luísa Gonçalves<sup>1</sup> · Isabel Silva<sup>2</sup> · Susana Garrido<sup>3</sup> · Rita Caldas<sup>3</sup> · M. Helena Cardoso<sup>4</sup>

<sup>1</sup>Aluna 6º ano do mestrado Integrado em Medicina do Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, Universidade do Porto

<sup>2</sup> Professora Associada da Faculdade de Ciências Humanas e sociais, Universidade Fernando Pessoa, Porto

<sup>3</sup> Interna de Endocrinologia do serviço de Endocrinologia, Diabetes e Metabolismo do Hospital de Santo António, Centro Hospitalar do Porto

<sup>4</sup> Professora Associada de Endocrinologia do Instituto Ciências Biomédicas Abel Salazar, chefe de Serviço do serviço de Endocrinologia, Diabetes e Metabolismo do Hospital de Santo António, Centro Hospitalar do Porto

Endereço:

Maria Luísa Gonçalves, Edif Sagres, Rua Luís Barroso, nº541, Código postal – 4760-153, Vila Nova de Famalicão.  
Email: malvar.luisa@gmail.com

## Resumo:

A obesidade, definida como índice massa corporal  $\geq 30 \text{ kg/m}^2$ , tem uma prevalência alta em Portugal, e o seu tratamento pode ser conservador ou cirúrgico. Este estudo tem como objetivo criar e validar um questionário para avaliação da satisfação dos doentes com o tratamento cirúrgico da obesidade.

O questionário foi desenvolvido em 3 fases (Desenvolvimento conceptual, primeira aplicação dos questionários – teste, e segunda aplicação dos questionários – reteste), é composto por 22 itens, foi aplicado a 86 doentes previamente submetidos a cirurgia bariátrica e seguidos em consulta externa multidisciplinar de superobesidade do Hospital Santo António, Centro Hospitalar do Porto. Os doentes responderam ainda a um questionário sócio-demográfico, clínico e de expectativas em relação ao tratamento. O Questionário de Satisfação de Cirurgia Bariátrica foi submetido a validação através de análise da sua consistência interna, que mostrou um alfa de Cronbach de 0,94 na escala total, e foram extraídos dois componentes através de análise fatorial, explicando 52,40% da variância total. A correlação entre cada item e a subescala a que pertence (validade convergente), demonstrou uma associação “alta” ( $r$ =entre 0,7 e

0,89) em 8 itens, “moderada” ( $r$ =entre 0,4 e 0,69) em 13 itens e “baixa” ( $r$ =entre 0,2 e 0,39) em apenas 1 item. Em 21 itens a correlação com as subescalas às quais não pertencem (validade discriminante) demonstrou ser inferior à correlação com a subescala à qual pertencem. A análise teste-reteste demonstrou uma correlação que variou entre o “muito alta” ( $r$  = entre 0,9 e 1) e o “moderada” ( $r$  = 0,4 e 0,69). Foram ainda identificados os domínios que contribuem para uma maior ou menor satisfação com o tratamento, concluindo-se que nenhum aspeto do tratamento traz insatisfação para os pacientes, estando a maioria dos doentes “muito satisfeitos” a “satisfeitos”.

**Palavras-chave:** Cirurgia bariátrica; obesidade; satisfação; questionário; avaliação

### **Abstract:**

Obesity, defined by IMC  $\geq 30$  kg/m<sup>2</sup>, has a high prevalence in Portugal, and its treatment can be conservative or surgical. This study aims to create and validate a questionnaire to evaluate patient satisfaction with the surgical treatment of obesity.

The questionnaire was developed in 3 phases (conceptual development, first application of questionnaires - test, and the second application of the questionnaires - retest), consists of 22 items, was administered to 86 patients who previously underwent bariatric surgery and followed in the external multidisciplinary super- obese consultation in Hospital Santo António, Oporto Hospital Center. Patients also completed a socio-demographic, clinical and expectations questionnaire regarding treatment. The questionnaire was subjected to validation through analysis of internal consistency, which showed a *Cronbach's* alpha of 0,94 at full scale, two components were extracted by factor analysis, explaining 52,40 % of total variance. The correlation between each item and the subscale (convergent validity) to which it belongs, demonstrated a "high" association ( $r$  = 0,7 to 0,89) in 8 items, "moderated" ( $r$  = 0,4 to 0,69) in 13 items and "low" ( $r$  = 0,2 to 0,39) in only 1 item. In 21 items the correlation with the subscales which the items do not belong (discriminant validity) proved to be lower than the correlation with the subscale to which they belong. The test-retest analysis showed a correlation that ranged between "very high" ( $r$  = 0,9 to 1) and "moderate" ( $r$  = 0,4 to 0,69). Were also identified the domains that contribute to a greater or lesser satisfaction with treatment, concluding that no aspect of treatment brings dissatisfaction for patients, and that the majority of patients is "satisfied" to "very satisfied".

**Keywords:** Bariatric Surgery; obesity; satisfaction; questionnaires; evaluation;

## INTRODUÇÃO

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), o excesso de peso e a obesidade são condições crónicas em que o excesso de gordura corporal acumulada pode atingir graus capazes de afetar a saúde<sup>1</sup>. A obesidade como epidemia à escala global resulta do consumo de uma maior quantidade de calorias do que aquelas que uma pessoa consegue utilizar<sup>2</sup> e/ou de um menor gasto de energia através de uma maior inatividade física.

É uma condição comum na população portuguesa e mundial, cuja prevalência se tem vindo a agravar<sup>3</sup>, e que se encontra associada a um aumento da morbilidade e mortalidade, a uma diminuição da qualidade de vida, custos económicos elevados, e dificuldade de tratamento<sup>4</sup>.

É definida por um índice massa corporal (IMC)  $\geq 30$  kg/m<sup>2</sup>, e pode ser classificada em 3 classes:

FIGURA 1: Excesso de peso e classes de obesidade.



Em Portugal a Sociedade Portuguesa para o Estudo da Obesidade coordenou um estudo epidemiológico nacional, publicado em 2006, que constatou que 38,6% da população entre os 18 e os 64 anos tinha excesso de peso e 13,8% eram obesos<sup>5</sup>.

A adiposidade é controlada por um complexo sistema fisiológico que envolve múltiplos sinais de feedback e existem várias patologias fortemente associadas à obesidade, incluindo Diabetes Mellitus tipo 2 (DM2), hipertensão arterial (HTA), dislipidemia, roncopatia, síndrome da apneia obstrutiva do sono (SAOS), doença cardiovascular, insuficiência venosa periférica, cancro (por exemplo, mama, cólon e uterino), osteoartrite, doença hepática e depressão<sup>6</sup>. Estas comorbilidades aumentam à medida que aumenta a adiposidade, enquanto que a perda de peso pode reduzir o risco destas patologias associadas<sup>7</sup>, como por exemplo o melhor controlo da DM2<sup>8-9</sup> e HTA<sup>10</sup>.

As opções terapêuticas, apesar de décadas de investigação, são relativamente limitadas e incluem tratamento conservador ou cirúrgico. O tratamento conservador corresponde ao tratamento de 1ª linha e compreende as intervenções no estilo de

vida (dieta, exercício físico e terapia comportamental) e medicação (orlistat). O tratamento de 2ª linha corresponde à cirurgia bariátrica. O grande desafio no tratamento da obesidade é a manutenção da perda de peso, e a cirurgia bariátrica (CB) constitui atualmente a intervenção com maior sucesso no tratamento da obesidade<sup>11-13</sup>, e na perda sustentada de peso<sup>14</sup>.

A cirurgia compreende técnicas restritivas como a gastrobandoplastia vertical e banda gástrica, técnicas malabsortivas como a derivação biliopancreática, e técnicas mistas como o bypass gástrico<sup>15-16</sup>, e é destinada a situações de obesidade grave (classe III), que corresponde a um índice de massa corporal (IMC)  $\geq 40$  Kg/m<sup>2</sup> ou IMC  $\geq 35$  kg/m<sup>2</sup> (classe II) com comorbilidade grave e passado refratário a tratamento não cirúrgico<sup>15</sup>. O objetivo da CB corresponde a um excesso de peso perdido (*excess weight lost*, %EWL) de cerca de 50%<sup>17</sup> juntamente com a melhoria das condições associadas<sup>15</sup>.

A CB, realizada desde os anos 50<sup>18</sup>, é um dos procedimentos cirúrgicos com maior taxa de crescimento dos últimos anos. Esta cirurgia traz cada vez mais benefícios para a saúde, destacando-se a melhoria da qualidade de vida, a redução da mortalidade<sup>19-20</sup> e melhoria das doenças crónicas associadas<sup>21</sup>.

Os dois procedimentos realizados com maior frequência são o Bypass Gástrico (BYG) e a Banda Gástrica (BG)<sup>22-24</sup>, e proporcionam uma rápida e significativa perda de peso no período inicial pós-cirurgia, mais pronunciada no BYG<sup>25</sup> seguida depois por uma fase mais estável, atingida aos 2 anos. Também é possível haver alguma recuperação do peso 2 a 5 anos após a cirurgia<sup>22</sup>.

Diversos estudos dedicaram-se à avaliação da efetividade na perda ponderal e, de modo geral, a cirurgia bariátrica proporciona um %EWL que varia entre 40 e 71%<sup>21,26-27</sup>. Estes valores nem sempre são atingidos, pois nem todos os doentes respondem de igual forma, e deste modo os resultados obtidos nem sempre são do agrado do doente. O estado emocional, a motivação e as expectativas do doente submetido à cirurgia, assim como os comportamentos adotados após a cirurgia e as ocorrências de vida podem afetar o período pós-operatório. A própria satisfação com o tratamento (ST) pode afetar o comportamento do doente relativamente à sua saúde, o que por sua vez tem impacto nos resultados do tratamento<sup>28</sup>.

Uma avaliação da ST permitirá o desenvolvimento de opções terapêuticas com maior aceitação por parte do doente, e deste modo permitir uma evolução no tratamento desta condição tão prevalente.

O presente estudo, tem como objetivo criar e validar um questionário específico que avalie a satisfação com o tratamento cirúrgico da obesidade, assim como

identificar os domínios que contribuem para uma maior ou menor satisfação com o tratamento.

## **MATERIAIS E MÉTODOS**

### Pacientes e métodos:

Este estudo decorreu no Centro Hospitalar do Porto (CHP) – Hospital Santo António (HSA), durante o ano de 2013 e o primeiro trimestre de 2014, e decorreu em 3 fases distintas: (Fase I) desenvolvimento conceptual dos questionários, (Fase II) primeira aplicação dos questionários e (Fase III) segunda aplicação dos questionários – reteste.

O estudo foi aprovado pelo Gabinete Coordenador de Investigação/DEFI (departamento de ensino, formação e investigação) e pela comissão de Ética para a Saúde do CHP – parecer 073/2014 (049-DEFI/072-CES), sendo um estudo de participação voluntária, com possibilidade de desistência em qualquer momento. Todos os doentes foram informados por escrito e oralmente dos objetivos do estudo, tendo sido garantida a confidencialidade dos dados, seguida de assinatura do termo de consentimento livre e informado.

### **FASE I: Desenvolvimento conceptual do questionário**

O desenvolvimento conceptual do questionário ocorreu em três fases. A sua construção teve em conta, numa primeira fase, uma revisão da literatura e de instrumentos de avaliação da satisfação com tratamentos. Numa segunda fase, teve em conta a opinião dos doentes manifestada durante a consulta externa multidisciplinar de super-obesidade do HSA, e numa terceira fase, teve em conta os registos obtidos a partir da dinamização de entrevistas realizadas em grupo (focus group).

Foram realizados vários focus group entre abril e maio de 2013, nos quais participaram 1 a 2 médicos e 2-4 doentes por sessão, e por vezes também familiares dos doentes. Os participantes eram convidados a participar nas sessões quando se deslocavam ao hospital para a sua consulta. Os participantes que foram selecionados pelos investigadores para discutir e comentar o tratamento cirúrgico da obesidade constituíram um grupo heterogéneo, não só em termos da evolução da obesidade e do tipo de cirurgia e respetivas complicações, mas também em termos das suas características demográficas e sócio-económicas.

Os doentes foram primeiramente esclarecidos quanto ao objetivo do questionário em construção, e em seguida foram colocadas questões abertas relativas à satisfação com o tratamento. Todas as opiniões foram registadas e tidas em conta.

Nesta fase, os profissionais de saúde abstiveram-se de expressar a opinião, de forma a não influenciar os temas em discussão. Após análise das respostas dadas pelos doentes, todos os aspetos do tratamento importantes para os doentes e que ainda não estavam incluídos no questionário foram entretanto incorporados, de forma a garantir um questionário com itens pertinentes e com significado para o doente. O guia de questões abertas utilizado serviu para orientar as sessões e incluiu:

- a. Antes de serem operados, quais eram as vossas expectativas?
- b. Essas expectativas concretizaram-se?
- c. Quais os aspetos do tratamento com que se sentem mais satisfeitos?
- d. Quais os aspetos do tratamento com que se sentem mais insatisfeitos?

Foi obtido um parecer de vários profissionais de saúde, incluindo nutricionista, psicólogo e médicos especialistas em endocrinologia. A análise cognitiva realizada com doentes foi realizada em setembro de 2013, e permitiu avaliar a perceetibilidade das questões, projeção cultural e a facilidade na obtenção de respostas. Nesta fase da construção do questionário, foi selecionado um segundo grupo de doentes, também heterogéneo. Cada doente analisou as questões respondendo às perguntas, e posteriormente foi-lhe solicitado que explicasse por palavras próprias o significado de cada item que consta no questionário. As questões que suscitaram dúvidas na compreensão foram redigidas novamente com uma linguagem apropriada, tendo em conta sugestões dadas pelos doentes, de forma a assegurar que o conteúdo das questões avalia os domínios que se pretendem investigar.

## **FASE II: primeira aplicação dos questionários**

Foi avaliada uma amostra não aleatória constituída por 86 doentes que preenchiam os seguintes critérios de inclusão: doentes obesos ou previamente obesos; status pós-cirurgia bariátrica, BG ou BYG, superior a 1 mês, seguidos em consulta no HSA; idade superior ou igual a 18 anos e ausência de défice cognitivo aparente.

Os doentes responderam ao questionário sócio-demográfico, clínico e de expectativas, bem como ao Questionário de Satisfação com o Tratamento com a CB no contexto de uma entrevista presencial durante a consulta, tendo-se verificado uma boa adesão dos participantes. Houve consulta dos respetivos processos clínicos eletrónicos, de onde se retiraram dados pessoais (nome, número de processo e



contacto) para realização posterior do reteste, e dados relativos ao estudo como a data da cirurgia, altura, peso pré-cirurgia, peso atual e tipo de procedimento cirúrgico realizado.

Foi realizado um estudo psicométrico do questionário desenvolvido, tendo-se avaliado a fidelidade do mesmo, bem como se procedeu à análise em componentes principais e da validade dos itens. A fidelidade foi avaliada através da medição da consistência interna com recurso ao cálculo do alfa de *Cronbach* e posterior confirmação através da medição da consistência interna com *split half*. A análise em componentes principais permitiu agrupar um conjunto de itens que se correlacionam mais entre si em subescalas diferentes. A validade dos itens foi verificada, permitindo confirmar a correlação que cada item tem com a sua subescala (validade convergente) e com a escala a que não pertence (validade discriminante), e desta forma validar a distribuição dos itens pelas subescalas.

Realizou-se uma análise descritiva relativa aos dados que caracterizavam a nossa amostra de pacientes, através da obtenção de algumas medidas tais como média, desvio padrão, mínimo e máximo.

### **FASE III: segunda aplicação dos questionários**

Após 7-10 dias foi efetuada uma nova aplicação dos questionários (reteste) através de contacto telefónico/ eletrónico a doentes da fase II, de forma a avaliar a reprodutibilidade e a fidelidade dos questionários. A validação do questionário através teste-reteste utilizou o coeficiente de correlação  $r$  de *Pearson* entre os resultados obtidos na fase II e III.

### Análise estatística:

Foram utilizados os seguintes métodos estatísticos: descritivos, análise da fidelidade com cálculo do alfa de *Cronbach* e *split half*, análise fatorial em componentes principais, análise correlacional com utilização do coeficiente de correlação de *Pearson* e teste não paramétrico para amostras independentes do tipo *Mann-Whitney*. Todo o tratamento estatístico foi efetuado recorrendo ao *software statistical package for the social sciences* (SPSS), versão 22 da IBM e o nível de significância estatística considerado foi de 5%.

## RESULTADOS

### FASE I:

Os questionários administrados permitem obter informações acerca da modalidade cirúrgica (BYG ou BG), e dados pessoais (idade, sexo, data cirurgia, peso pré-cirurgia e peso atual); objetivos e expectativas pré-cirurgia, peso idealizado, recomendação a terceiros e arrependimento em relação ao tratamento a que foram submetidos; e satisfação com o tratamento em várias vertentes sob a forma de 22 itens.

O questionário é do tipo misto, sendo maioritariamente constituído por questões de resposta fechada.

Relativamente ao Questionário de ST com a CB, as respostas dadas pelos doentes serão graduadas numa escala que varia desde o maior grau de satisfação que corresponde a “muito satisfeito(a)”, passando por satisfação parcial, “satisfeito(a)”, ausência de satisfação ou insatisfação, “nem satisfeito(a) nem insatisfeito(a)”, insatisfação parcial, “insatisfeito(a)”, até ao maior grau de insatisfação “muito insatisfeito”. As respostas dadas serão referentes ao período atual, pós-cirurgia.

O questionário na sua forma integral será apresentado em anexo.

### FASE II:

#### *Caracterização da amostra:*

Foram estudados 86 doentes. A amostra teve predomínio feminino, 86% (n=74) (vs 14% (n=12) sexo masculino), com idades compreendidas entre os 23 anos e os 73 anos, com uma média de idades de  $50,14 \pm 10,94$  anos. A BG foi realizada em 32,6%(n=28) dos pacientes e 67,4%(n=58) dos pacientes foram submetidos a BYG. O número de meses decorridos entre a cirurgia e a altura da realização do questionário variou entre 1 e 234 meses, com uma média de número de meses de  $50,90 \pm 46,61$  meses. O Peso Inicial (pré-cirurgia) variou entre os 87 e 190 kg, com uma média de peso inicial de  $120,56 \pm 18,52$  Kg. O IMC inicial variou entre 31,2 e 84,4 kg/m<sup>2</sup>, com uma média de  $46,83 \pm 8,11$  Kg/m<sup>2</sup>. O Peso atual variou entre os 58,20 e 131,00 kg, com uma média de Peso Atual de  $84,70 \pm 16,15$  Kg. O IMC atual variou entre 23,5 e 51,2 Kg/m<sup>2</sup>, com uma média de  $32,85 \pm 6,21$  Kg/m<sup>2</sup>. No que respeita ao Excesso de IMC perdido (%EBMIL, *excess BMI lost*) desde a cirurgia, este variou entre 8,18 e

113,25% com média de  $66,03 \pm 23,94\%$ . Da amostra total, 80 doentes indicaram um valor do peso que pensavam atingir com a cirurgia (peso idealizado), com o valores compreendidos entre 55 e 100 Kg, e uma média de peso idealizado de  $75,09 \pm 10,85$  Kg. Os restantes 6 doentes diziam não ter um valor ponderal idealizado. O IMC idealizado variou entre 22,86 e 41,66 Kg/m<sup>2</sup>, com uma média de  $29,22 \pm 4,01$  Kg/m<sup>2</sup>. O excesso de IMC idealizado perdido variou entre 33,22 e 112,64%, com uma média de  $81,44 \pm 17,10\%$ .

No quadro I estão indicados os objetivos pré-cirurgia, dos quais se destacam como mais frequentes melhorar a autoestima, melhorar a saúde, usar roupa do seu agrado e reduzir o seu peso.

Quadro I: Objetivos, quando aceitou ser operado.

<b>Objetivos</b>	<b>Total (%)</b>
Melhorar a autoestima	91,9 (n=79)
Melhorar a forma como as outras pessoas o(a) viam	67,4 (n=58)
Melhorar a saúde	98,8 (n=85)
Melhorar a vida sexual	43,0 (n=37)
Ser capaz de tratar da hiegene sozinho	57,0 (n=49)
Movimentar-se melhor	88,4 (n=76)
Usar roupa do agrado	91,9 (n=79)
Melhorar a situação profissional	60,5 (n=52)
Melhorar a situação amorosa	44,2 (n=38)
Reduzir o peso	98,8 (n=85)
Outro objetivo	0 (n=0)

Quando inquiridos sobre a possibilidade de recomendar a cirurgia bariátrica a que foram submetidos a terceiros, 91,9% (n=79) respondeu “Sim, com certeza”, 3,5% (n=3) respondeu “sim, talvez”, e 2,3%(n=2) responderam “talvez não” e “não, nunca”. Em relação à pergunta: “se voltasse atrás voltaria a querer ser operado?”, 90,7% (n=78) respondeu “sim, com certeza”, 5,8% (n=5) respondeu “sim, talvez”, 1,2% (n=1) respondeu “não sei” e 2,3% (n=2) respondeu “não, nunca”.

## Propriedades psicométricas dos instrumentos

### *Análise em componentes principais*

O componente principal foi submetido a análise fatorial em componentes principais e foram extraídos dois subcomponentes (Quadro II). Estes dois componentes explicam 52,40% da variância total explicada, com um contributo de 39,6% do componente 1 e de 12,8% do componente 2. Destes dois componentes, foi possível discriminar duas subescalas conceptualmente enquadráveis, uma mais relacionada com aspetos de Saúde e outra mais relacionada com a alimentação e o ato de comer, a que se deram o nome de subescala saúde e subescala alimentação, respectivamente.

Quadro II: análise em componentes principais.

Item	Componente	Componente
	1	2
1 – objetivos que a cirurgia permitiu alcançar	<b>0,77</b>	0,02
2 – peso atingido	<b>0,76</b>	-0,08
3 – melhoria da autoestima	<b>0,84</b>	-0,22
4 – forma como passou a ser visto(a) pelos outros	<b>0,76</b>	-0,28
5 – melhoria da saúde em geral	<b>0,56</b>	-0,06
6 – melhoria da vida sexual	<b>0,48</b>	0,07
7 – melhoria da vida profissional	<b>0,65</b>	-0,07
8 – melhoria da vida amorosa	<b>0,65</b>	-0,07
9 – melhoria da vida social	<b>0,74</b>	-0,19
10 – melhoria do bem estar emocional	<b>0,72</b>	-0,14
11 – aspecto físico quando está vestido(a)	<b>0,87</b>	-0,11
12 – aspecto físico quando está despido(a)	<b>0,55</b>	-0,12
13 – melhoria do seu bem estar físico	<b>0,77</b>	-0,01
14 – necessidade de tomar medicação devido à cirurgia	<b>0,39</b>	0,35
15 – hábitos alimentares	0,37	<b>0,56</b>
16 – possibilidade de usar roupa do seu agrado	<b>0,80</b>	0,04
17 – melhoria na sua liberdade de movimentos	<b>0,74</b>	-0,14
18 – melhoria na capacidade de tratar da sua higiene	<b>0,63</b>	-0,17
19 – prazer de comer	0,31	<b>0,64</b>
20 – sensação de fome	0,22	<b>0,78</b>

21 – tipo de alimentos que consegue comer	0,33	<b>0,73</b>
22 – quantidade de alimentos que come	0,21	<b>0,74</b>

#### *Validade dos itens*

A correlação entre cada item e a subescala a que pertence (validade convergente), segundo os valores convencionados por Pestana e Gageiro<sup>29</sup> demonstrou uma associação “alta” ( $r$ =entre 0,7 e 0,89) em 8 itens, “moderada” ( $r$ =entre 0,4 e 0,69) em 13 itens e “baixa” ( $r$ =entre 0,2 e 0,39) em 1 item. Em 21 itens a correlação com as subescalas às quais não pertencem (validade discriminante) demonstrou ser inferior à correlação com a subescala à qual pertencem. (Quadro IV)

#### *Fidelidade:*

O questionário total apresenta um alfa de *Cronbach* de 0,94. Os resultados da análise realizada com o *split half* revelam alfas de *Cronbach* concordantes (Quadro III).

A consistência interna da subescala Saúde apresentou um alfa de *Cronbach* igual a 0,93 e da subescala Alimentação apresentou um alfa de *Cronbach* de valor 0,81.

QUADRO III: Consistência interna com *split half*.

Escala-total	Alfa de Cronbach ( $\alpha$ )
Parte I	$\alpha_1 = 0.91$
Parte II	$\alpha_2 = 0.80$

QUADRO IV: Correlação dos itens com as duas subescalas.

Item	Subescala Saúde	Subescala Alimentação
1 – objetivos que a cirurgia permitiu alcançar	<b>0,73</b>	0,29
2 – peso atingido	<b>0,72</b>	0,20
3 – melhoria da autoestima	<b>0,82</b>	0,13
4 – forma como passou a ser visto(a) pelos outros	<b>0,72</b>	0,07
5 – melhoria da saúde em geral	<b>0,53</b>	0,12
6 – melhoria da vida sexual	<b>0,42</b>	0,22

7 – melhoria da vida profissional	<b>0,58</b>	0,18
8 – melhoria da vida amorosa	<b>0,61</b>	0,19
9 – melhoria da vida social	<b>0,71</b>	0,14
10 – melhoria do bem estar emocional	<b>0,68</b>	0,15
11 – aspecto físico quando está vestido(a)	<b>0,84</b>	0,23
12 – aspecto físico quando está despido(a)	<b>0,52</b>	0,09
13 – melhoria do seu bem estar físico	<b>0,72</b>	0,25
14 – necessidade de tomar medicação devido à cirurgia	<b>0,32</b>	0,39
15 – hábitos alimentares	0,29	<b>0,51</b>
16 – possibilidade de usar roupa do seu agrado	<b>0,74</b>	0,34
17 – melhoria na sua liberdade de movimentos	<b>0,69</b>	0,18
18 – melhoria na capacidade de tratar da sua higiene	<b>0,57</b>	0,13
19 – prazer de comer	0,24	<b>0,60</b>
20 – sensação de fome	0,14	<b>0,66</b>
21 – tipo de alimentos que consegue comer	0,26	<b>0,65</b>
22 – quantidade de alimentos que come	0,14	<b>0,60</b>

FASE III: segunda aplicação dos questionários.

Dos 86 pacientes estudados, 56 repetiram o questionário num prazo de 7-10 dias, o que corresponde a uma taxa de segundas respostas de 65,1%. A validação do questionário através teste-reteste utilizou o coeficiente de correlação  $r$  de *Pearson*, e mostrou valores significativos que variaram, nos 22 itens, entre um máximo  $r=0,9$  e um mínimo de  $r=0,63$ . Os valores obtidos mostraram uma correlação entre a 1ª e a 2ª aplicação, que variou entre o “muito alta” ( $r =$  entre 0,9 e 1) e “moderada” ( $r = 0,4$  e 0,69).

QUADRO V: Correlação teste-reteste

Item	Correlação teste-reteste (r)	p
1 – objetivos que a cirurgia permitiu alcançar	0,78	0,0001
2 – peso atingido	0,89	0,0001
3 – melhoria da autoestima	0,86	0,0001
4 – forma como passou a ser visto(a) pelos outros	0,88	0,0001
5 – melhoria da saúde em geral	0,62	0,0001

6 – melhoria da vida sexual	0,85	0,0001
7 – melhoria da vida profissional	0,74	0,0001
8 – melhoria da vida amorosa	0,66	0,0001
9 – melhoria da vida social	0,84	0,0001
10 – melhoria do bem estar emocional	0,78	0,0001
11 – aspecto físico quando está vestido(a)	0,90	0,0001
12 – aspecto físico quando está despido(a)	0,90	0,0001
13 – melhoria do seu bem estar físico	0,82	0,0001
14 – necessidade de tomar medicação devido à cirurgia	0,63	0,0001
15 – hábitos alimentares	0,57	0,0001
16 – possibilidade de usar roupa do seu agrado	0,83	0,0001
17 – melhoria na sua liberdade de movimentos	0,80	0,0001
18 – melhoria na capacidade de tratar da sua higiene	0,83	0,0001
19 – prazer de comer	0,72	0,0001
20 – sensação de fome	0,84	0,0001
21 – tipo de alimentos que consegue comer	0,74	0,0001
22 – quantidade de alimentos que come	0,72	0,0001
Subescala Saúde	1,00	0,0001
Subescala Alimentação	0,84	0,0001

### Sensibilidade

Analisou-se se existem diferenças estatisticamente significativas entre doentes submetidos a distintos procedimentos cirúrgicos – BYG e BG – quanto à satisfação com o tratamento. Foi utilizado o teste U de *Mann-Whitney* de amostras independentes com um nível de significância de  $p > 0,05$ . Os resultados revelam não existir diferenças estatisticamente significativas entre os dois grupos estudados em todos os itens exceto 7: o peso atingido, melhoria da autoestima, melhoria da vida sexual, melhoria da vida amorosa, aspeto físico quando está vestido(a), melhoria na liberdade de movimentos e a melhoria da capacidade de tratar da própria higiene. Em relação às subescalas, verificou-se a existência de diferenças estatisticamente significativas na subescala Saúde, mas não na subescala Alimentação.

QUADRO VI: Teste U de Mann-Whitney – Hipótese nula: distribuição dos itens pelo grau de satisfação é a mesma entre as 2 categorias de Cirurgia realizadas.

Hipótese Nula	Significância	Decisão
1 – objetivos que a cirurgia permitiu	0,53	Reter Hipótese nula

alcançar		
2 – peso atingido	0,001	Rejeitar Hipótese nula
3 – melhoria da autoestima	0,005	Rejeitar Hipótese nula
4 – forma como passou a ser visto(a) pelos outros	<b>0,13</b>	<b>Reter Hipótese nula</b>
5 – melhoria da saúde em geral	<b>0,08</b>	<b>Reter Hipótese nula</b>
6 – melhoria da vida sexual	0,03	Rejeitar Hipótese nula
7 – melhoria da vida profissional	<b>0,13</b>	<b>Reter Hipótese nula</b>
8 – melhoria da vida amorosa	0,007	Rejeitar Hipótese nula
9 – melhoria da vida social	<b>0,1</b>	<b>Reter Hipótese nula</b>
10 – melhoria do bem estar emocional	<b>0,15</b>	<b>Reter Hipótese nula</b>
11 – aspecto físico quando está vestido(a)	0,04	Rejeitar Hipótese nula
12 – aspecto físico quando está despido(a)	<b>0,08</b>	<b>Reter Hipótese nula</b>
13 – melhoria do seu bem estar físico	<b>0,61</b>	<b>Reter Hipótese nula</b>
14 – necessidade de tomar medicação devido à cirurgia	<b>0,26</b>	<b>Reter Hipótese nula</b>
15 – hábitos alimentares	<b>0,15</b>	<b>Reter Hipótese nula</b>
16 – possibilidade de usar roupa do seu agrado	<b>0,16</b>	<b>Reter Hipótese nula</b>
17 – melhoria na sua liberdade de movimentos	0,001	Rejeitar Hipótese nula
18 – melhoria na capacidade de tratar da sua higiene	0,0001	Rejeitar Hipótese nula
19 – prazer de comer	<b>0,38</b>	<b>Reter Hipótese nula</b>
20 – sensação de fome	<b>0,92</b>	<b>Reter Hipótese nula</b>
21 – tipo de alimentos que consegue comer	<b>0,09</b>	<b>Reter Hipótese nula</b>
22 – quantidade de alimentos que come	<b>0,72</b>	<b>Reter Hipótese nula</b>
Subescala Saúde	0,004	Rejeitar Hipótese nula
Subescala Alimentação	<b>0,14</b>	<b>Reter Hipótese nula</b>

São exibidas significâncias assintóticas. O nível de significancia é de 0,05. A negrito estão os itens em que se verificou a hipótese nula.



## *Análise descritiva da satisfação com o tratamento*

### **Bypass Gástrico:**

Entre os participantes deste estudo, a análise das médias dos graus de satisfação sugerem que o maior grau de satisfação, “muito satisfeito”, foi atingido com: os objetivos que a cirurgia permitiu alcançar, melhoria da autoestima, melhoria da capacidade de tratar da própria higiene, melhoria da liberdade de movimentos, melhoria da saúde geral, possibilidade de usar roupa do seu agrado e o aspeto físico quando está vestido(a). Em relação à satisfação parcial, as médias sugerem que em relação ao peso atingido, forma como passou a ser visto(a) pelos outros, melhoria da vida sexual, melhoria da vida profissional, melhoria da vida amorosa, melhoria da vida social, melhoria do bem estar emocional, melhoria do bem estar físico, necessidade de tomar medicação devido à cirurgia, hábitos alimentares, prazer de comer, sensação de fome, tipo e quantidade de alimentos que consegue comer, os participantes se encontram “Satisfeitos(as)”. Apenas em relação ao aspeto físico quando está despido os doentes apresentam uma opinião neutra, não estando satisfeitos, nem insatisfeitos. A análise dos valores médios sugere que nenhum dos aspetos relacionado com o tratamento cirúrgico com BYG obteve um grau de insatisfação. (Quadro VII)

### **Banda Gástrica:**

O que pareceu agradar mais (“satisfeito(a)”) no tratamento com banda gástrica com base nas médias da satisfação foi: os objetivos que a cirurgia permitiu alcançar, peso atingido, melhoria da autoestima, forma como passou a ser visto(a) pelos outros, melhoria da saúde geral, melhoria da vida profissional, melhoria da vida amorosa, melhoria da vida social, melhoria do bem estar emocional, aspeto físico quando está vestido, melhoria do bem estar físico, necessidade de tomar medicação devido à cirurgia, hábitos alimentares, possibilidade de usar roupa do seu agrado, melhoria na capacidade de tratar da própria higiene, melhoria da liberdade de movimentos, prazer de comer, sensação de fome, tipo e quantidade de alimentos que consegue comer. O aspeto físico quando despido e a melhoria da vida sexual foram os únicos itens que não apresentaram satisfação, mas também não apresentaram insatisfação, a análise da média sugere que os participantes estejam “nem satisfeito, nem insatisfeito” com estes 2 aspectos. A análise dos valores médios sugere que nenhum aspeto relacionado com o tratamento cirúrgico com BG obteve um grau de insatisfação (Quadro VII).

QUADRO VII: médias da satisfação com BYG e BG.

Item	BYG	BG
	Média + desvio padrão	Média + desvio padrão
1 – objetivos que a cirurgia permitiu alcançar	1,36 ± 0,48	1,64 ± 0,87
2 – peso atingido	1,60 ± 0,77	2,29 ± 1,08
3 – melhoria da autoestima	1,46 ± 0,59	1,93 ± 0,86
4 – forma como passou a ser visto(a) pelos outros	1,55 ± 0,67	1,89 ± 0,99
5 – melhoria da saúde em geral	1,46 ± 0,84	1,68 ± 0,86
6 – melhoria da vida sexual	2,12 ± 0,93	2,54 ± 0,96
7 – melhoria da vida profissional	1,81 ± 0,83	2,14 ± 0,97
8 – melhoria da vida amorosa	1,94 ± 0,91	2,46 ± 0,92
9 – melhoria da vida social	1,80 ± 0,79	2,10 ± 0,92
10 – melhoria do bem estar emocional	1,67 ± 0,96	1,86 ± 0,89
11 – aspecto físico quando está vestido(a)	1,48 ± 0,62	2,04 ± 1,17
12 – aspecto físico quando está despido(a)	2,60 ± 1,32	3,11 ± 1,26
13 – melhoria do seu bem estar físico	1,67 ± 0,76	1,96 ± 1,20
14 – necessidade de tomar medicação devido à cirurgia	2,25 ± 0,86	2,46 ± 0,92
15 – hábitos alimentares	1,79 ± 0,76	2,04 ± 0,74
16 – possibilidade de usar roupa do seu agrado	1,46 ± 0,77	1,75 ± 1,00
17 – melhoria na sua liberdade de movimentos	1,27 ± 0,48	2,00 ± 1,15
18 – melhoria na capacidade de tratar da sua higiene	1,24 ± 0,51	2,00 ± 1,02
19 – prazer de comer	2,01 ± 0,91	2,14 ± 0,80
20 – sensação de fome	1,94 ± 1,01	1,89 ± 0,92
21 – tipo de alimentos que consegue comer	1,70 ± 0,89	1,96 ± 0,84
22 – quantidade de alimentos que come	1,58 ± 0,75	1,61 ± 0,69

Médias Entre 1 e =1,5 sugerem “Muito satisfeito(a)”. Entre 1,5 e =2,5 sugerem “satisfeito(a)”. Entre 2,5 e =3,5 sugerem “Nem satisfeito, nem nsatisfeito”. Entre 3,5 e =4,5 sugerem “Insatisfeito”. Entre 4,5 e =5 sugerem “Muito insatisfeito”).

#### *Correlação entre satisfação com o tratamento e número de meses pós-cirurgia*

Verificou-se não existir uma correlação estatisticamente significativa entre o número de meses pós-cirurgia e as duas subescalas de satisfação (Quadro VIII). Quando se consideram os itens individualmente, a ST também não se correlaciona de forma estatisticamente significativa com o número de meses pós-cirurgia.

### Correlação entre satisfação com o tratamento e o %EBMIL

Constatou-se uma correlação significativa entre a subescala Saúde e o %EBMIL. Para a subescala Alimentação não foi encontrada nenhuma correlação estatisticamente significativa (Quadro VIII).

Quando se considerou cada item individualmente, verificou-se uma forte correlação (para um nível de significância de  $<0,01$ ) entre o %EBMIL e a satisfação com o tratamento nos itens: objetivos que a cirurgia permitiu alcançar, peso atingido, melhoria da autoestima, forma como passou a ser visto pelos outros, melhoria da vida sexual, melhoria da vida amorosa, melhoria da vida social, melhoria do bem estar emocional, aspeto físico quando está vestido e despido, melhoria do bem estar físico, possibilidade de usar roupa do seu agrado, melhoria da liberdade movimentos e melhoria da capacidade de tratar da própria higiene. Para um nível de significância  $<0,05$  verificou-se uma correlação entre o %EBMIL e a satisfação com os hábitos alimentares (\*) (Quadro IX).

QUADRO VIII: Correlação entre %EBMIL e satisfação com o tratamento.

Subescalas		Nº Meses pós-cirurgia	%EBMIL
<b>Saúde</b>	R	0,08	<b>-0,50</b>
	p	0,45	<b>0,00</b>
<b>Alimentação</b>	R	0,07	-0,18
	p	0,51	0,096

(A negrito a correlação é significativa no nível 0,01)

QUADRO IX: correlação entre satisfação com o tratamento e o %EBMIL: coeficiente de correlação r de Pearson e p.

Itens	%EBMIL	
	R	p
1 – objetivos que a cirurgia permitiu alcançar	<b>-0,363</b>	<b>0,001</b>
2 – peso atingido	<b>-0,540</b>	<b>0,0001</b>
3 – melhoria da autoestima	<b>-0,336</b>	<b>0,002</b>
4 – forma como passou a ser visto(a) pelos outros	<b>-0,388</b>	<b>0,0001</b>
5 – melhoria da saúde em geral	-0,145	0,182
6 – melhoria da vida sexual	<b>-0,333</b>	<b>0,002</b>
7 – melhoria da vida profissional	0,179	0,099
8 – melhoria da vida amorosa	<b>-0,299</b>	<b>0,005</b>
9 – melhoria da vida social	<b>-0,353</b>	<b>0,001</b>

10 – melhoria do bem estar emocional	<b>-0,295</b>	<b>0,006</b>
11 – aspecto físico quando está vestido(a)	<b>-0,538</b>	<b>0,0001</b>
12 – aspecto físico quando está despido(a)	<b>-0,282</b>	<b>0,008</b>
13 – melhoria do seu bem estar físico	<b>-0,360</b>	<b>0,001</b>
14 – necessidade de tomar medicação devido à cirurgia	-0,068	0,531
15 – hábitos alimentares	<b>-0,234</b>	<b>0,030*</b>
16 – possibilidade de usar roupa do seu agrado	<b>-0,530</b>	<b>0,0001</b>
17 – melhoria na sua liberdade de movimentos	<b>-0,573</b>	<b>0,0001</b>
18 – melhoria na capacidade de tratar da sua higiene	<b>-0,333</b>	<b>0,002</b>
19 – prazer de comer	-0,176	0,106
20 – sensação de fome	-0,093	0,394
21 – tipo de alimentos que consegue comer	-0,161	0,139
22 – quantidade de alimentos que come	-0,020	0,855

(a negrito estabelecem-se correlações para nível de significância de 0,01 e 0,05 (\*)).

## DISCUSSÃO:

A obesidade é considerada uma das epidemias do século XXI, cujas altas taxas de prevalência tem condicionado a qualidade de vida de muitos portugueses. O tratamento cirúrgico da obesidade tem sido implementado com frequência crescente e resulta em perda de peso significativa. No entanto, nem todos os doentes mantêm a perda de peso ao longo do tempo<sup>30</sup>, ou esta pode variar significativamente, o que dificulta a caracterização do sucesso da intervenção cirúrgica<sup>31</sup>.

A satisfação com o tratamento visa a melhoria ou resolução das comorbilidades associadas à obesidade, sendo influenciada pelos objetivos e expectativas pré-cirurgia, fatores de ordem biopsicosocial, fatores que afetam a alimentação e o ato de comer e pelo rigoroso follow-up pós cirurgia, que inclui medicação e análises de rotina. A insatisfação com o tratamento pode traduzir-se por um alerta antecipado no que diz respeito à eficácia da cirurgia<sup>28</sup>. Encarando o doente num modelo biopsicosocial, a avaliação da satisfação com o tratamento adquire especial importância, uma vez que permite ir definindo e desenhando intervenções que se adequam melhor a cada paciente e às suas necessidades<sup>32-33</sup>.

A maioria dos estudos da atualidade dedica-se à avaliação da eficácia da cirurgia bariátrica através da quantificação do %EWL, enquanto que a abordagem mais adequada seria incluir o impacto da cirurgia nas comorbilidades associadas, na saúde física e mental, assim como na qualidade de vida<sup>34-36</sup>.

## CARACTERÍSTICAS DA AMOSTRA

Muitos candidatos à cirurgia tem expectativas irrealistas acerca do peso que irão perder com o procedimento<sup>37</sup>. Num estudo, os candidatos esperavam perder cerca de 80% do excesso de peso e admitiam ficar desapontados se o %EWL atingisse a meta dos 52%<sup>38</sup>. As mesmas expectativas foram reportadas num outro estudo que avaliou participantes numa variedade de tratamentos para perder peso<sup>39</sup>. Quase todos os doentes do nosso estudo (98,8%) apontaram como objetivo pré-cirurgia, reduzir o peso e melhorar a saúde, e muitos (91,9%) selecionaram melhorar a autoestima e usar roupa do agrado. Um estudo publicado em 2008 relatou que a vida social, aspeto estético e conforto físico são as principais preocupações dos doentes obesos, embora a melhoria da saúde geral fosse o principal objetivo dos candidatos<sup>40</sup>. Ainda em relação ao objetivo “perder peso”, o %EBMIL atingiu um valor de  $66,04 \pm 23,94\%$  e o %EBMIL idealizado foi de  $81,4 \pm 17,1\%$ , o que sugere que tal como em outros estudos, os doentes submetidos a CB tem expectativas irrealistas acerca do peso que irão perder.

Uma vez que a satisfação com o tratamento tem impacto nos resultados do tratamento<sup>28</sup>, e estando a maioria dos pacientes do nosso estudo satisfeitos, é natural que a maioria não mostre arrependimento (90,1%) e recomende a cirurgia a terceiros (91,9%). Apenas 2 pacientes responderam “não, nunca” à recomendação a terceiros e à possibilidade de voltar a ser operado com base na experiência atual (arrependimento em relação à cirurgia a que foram submetidos). A análise das respostas dadas permitiram verificar que em relação a esses 2 participantes, o primeiro, submetido a BG, quando inquirido, admitiu que caso tivesse sido submetido a BYG teria respondido “sim, com certeza” a ambas as perguntas. O outro paciente, submetido a BYG, foi o participante mais velho do nosso estudo (73 anos), e uma vez que a idade é um fator preditivo para a perda de peso<sup>41,42</sup>, a sua não recomendação a terceiros e arrependimento com a cirurgia pode advir de uma menor perda de peso e uma maior insatisfação com o tratamento.

Embora o %EWL seja o instrumento mais popular na prática clínica<sup>43</sup>, o IMC e %EBMIL são recomendados como os melhores parâmetros para avaliar a perda de peso<sup>44,45</sup>, pelo que utilizamos o %EBMIL no nosso estudo.

## **PROPRIEDADES PSICOMÉTRICAS DOS QUESTIONÁRIOS**

### ***Análise em componentes principais***

Foi encontrada uma solução factorial que explica 52,40% da variância total, com um contributo de 39,6% do componente 1 e de 12,8% do componente 2. Sobre este valor, Tinsley<sup>46</sup> refere que é frequente a percentagem de variância explicada situar-se abaixo dos 50% e Stevens<sup>47</sup> afirma que se pode aceitar que cada componente explique, pelo menos, 5% da variância total, o que acontece nos 2 componentes encontrados. Atendendo a estas afirmações, a solução factorial encontrada parece ser satisfatória em termos da sua capacidade para explicar a variância total das respostas.

Da interpretação das duas subescalas obtidas objetivou-se que uma delas continha itens que avaliavam a satisfação de aspetos relacionados com a saúde – subescala Saúde – e que a outra subescala avaliava a satisfação de aspetos mais relacionados com a alimentação e o ato de comer – subescala Alimentação.

### ***Validade dos itens***

Uma validade dos itens adequada necessita que a correlação de cada item com a subescala a que pertence (validade convergente) tenha um valor acima de 0,40<sup>48</sup> e este precisa de ser mais elevado que o da correlação com a subescala a que não pertence (validade discriminante). Em relação à validade convergente, 21 itens

demonstraram associação “alta” a “moderada” e 1 item demonstrou associação “baixa”. A validade discriminante, demonstrou em 21 itens, valores de magnitude inferior aos valores das subescalas aos quais os pertencem. Com exceção do item 14 (necessidade de tomar medicação devido à cirurgia), todos os itens apresentaram um valor de convergência e discriminação satisfatório. Uma possível explicação para a “baixa” associação estatística do item 14 prende-se com o facto de ser dificilmente atribuído quer a domínios mais relacionados com a saúde, quer a domínios mais relacionados a alimentação.

### ***Fidelidade – consistência interna***

Ribeiro<sup>49</sup> sugere que um alfa de *Cronbach* superior a 0,80 é indicativo de uma boa consistência interna, e Almeida, Freire<sup>50</sup> e Loewenthal<sup>51</sup> consideram que coeficientes iguais ou superiores a 0,70 são aceitáveis, embora não exista um consenso universal quanto ao valor do alfa de *Cronbach*. O questionário criado revelou uma boa consistência interna, e deste modo apresentou uma boa fidelidade.

A análise do teste-reteste, confirmou a boa fidelidade, permitindo verificar que as correlações variaram entre “moderadas” a “muito altas” e que o questionário é reproduzível, apresentando uma boa estabilidade temporal.

### **SATISFAÇÃO COM O TRATAMENTO**

De uma forma geral podemos considerar que os participantes se encontram, satisfeitos com o tratamento cirúrgico da obesidade. A satisfação com o BYG foi, de forma geral, superior à BG. Os pacientes submetidos a BYG estão mais satisfeitos que os pacientes submetidos a BG em relação aos itens: objetivos que a cirurgia permitiu alcançar (item 1), melhoria da autoestima (item 3), melhoria da saúde geral (item 5), melhoria da vida sexual (item 6), aspeto físico quando vestido (item 11), possibilidade de usar roupa do agrado (item 16), melhoria na liberdade de movimentos (item 17) e melhoria da capacidade de tratar da própria higiene (item 18). Nos restantes 14 itens a satisfação foi igual entre os dois procedimentos.

O maior grau de satisfação com o tratamento, “Muito satisfeito” foi apenas atingido com o BYG nos itens 1, 3, 5, 11, 16, 17 e 18. Os resultados superiores do BYG relativamente à BG são concordantes com os resultados da maioria dos estudos da atualidade<sup>52,53</sup>.

Nenhum aspeto do tratamento trouxe insatisfação para os participantes do estudo, em ambos os procedimentos, mas os itens que avaliavam a satisfação com o “aspeto físico quando despido” em ambos os procedimentos, e a “melhoria da vida sexual” nos submetidos a BG apresentaram um nível de satisfação neutro. Ktzing et

al. e Björserud et al. demonstraram que quase todos os pacientes desenvolviam um excesso de pele, resultante de uma perda de peso maciça<sup>54</sup> e que esta conduzia a um maior grau de insatisfação<sup>54-56</sup>. Esta complicação do tratamento pode afetar a satisfação do paciente com o seu aspeto físico quando despido”. Em relação ao item “melhoria da vida sexual”, um estudo publicado em 2012 demonstrou que em relação a este domínio, a maioria dos pacientes submetidos a BYG não identificava diferenças na satisfação antes e após a cirurgia<sup>56</sup>. Um outro estudo demonstrou uma melhoria da vida sexual após a cirurgia na maioria dos indivíduos<sup>57</sup>. Os doentes do nosso estudo descreveram-se, em média, satisfeitos com a melhoria da vida sexual quando submetidos a BYG, e neutros quando submetidos a BG.

A análise das médias sugerem que os pacientes do nosso estudo sentem-se satisfeitos em relação aos hábitos alimentares, prazer de comer, sensação de fome, tipo e quantidade de alimentos que consegue comer. Os níveis de satisfação dos itens relacionados com a alimentação, são similares aos identificados num estudo de 2011<sup>58</sup>.

Constatou-se uma correlação significativa entre a subescala Saúde e o %EBMIL. Para a subescala Alimentação não foi encontrada nenhuma correlação. Individualmente, verificou-se uma forte correlação entre %EBMIL e a ST nos itens: objetivos que a cirurgia permitiu alcançar, peso atingido, melhoria da autoestima, forma como passou a ser visto pelos outros, melhoria da vida sexual, melhoria da vida amorosa, melhoria da vida social, melhoria do bem estar emocional, aspeto físico quando está vestido e despido, melhoria do bem estar físico, possibilidade de usar roupa do seu agrado, melhoria da liberdade movimentos e melhoria da capacidade de tratar da própria higiene. Verificou-se uma correlação fraca entre o %EBMIL e a satisfação com os hábitos alimentares.

Os resultados obtidos demonstraram que o questionário apresentou propriedades psicométricas favoráveis e os doentes submetidos a CB no HSA demonstraram estar satisfeitos com o tratamento. Desta forma o questionário criado é promissor, e permitirá à equipa multidisciplinar servir-se de um instrumento de trabalho que permite avaliar a satisfação dos doentes que foram submetidos à cirurgia bariátrica, assim como compreender os aspetos que contribuem para uma maior ou menor satisfação.

Futuramente, seria desejável uma validação do questionário por uma amostra de número superior e mais representativa dos doentes que foram submetidos a CB no HSA, assim como replicação do modelo noutras instituições de saúde. Embora a BG e o BYG sejam os procedimentos cirúrgicos mais realizados no HSA, também seria



interessante avaliar outras técnicas, assim como pacientes submetidos a dois procedimentos, como por exemplo a conversão de uma BG num BYG, por falha do primeiro.

## REFERÊNCIAS

1. (May 2014). "What are overweight and obesity?" Fact sheet N°311. From <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/en/>.
2. Center of integrative Medicine at Duke University. The Duke encyclopedia of new medicine: conventional and alternative medicine for all ages. 1ª edição. Emmaus, PA, EUA. Rodale books international, 2006. ISBN 978-989-644-007-7
3. Centers for Disease Control (CDC). BRFSS, Behavioral Risk Factor Surveillance System Survey Data, Atlanta, Georgia: US Department of Health and Human Services. <http://www.cdc.gov/brfss>.
4. Allison DB, Downey M, Atkinson RL, et al (2008) Obesity as a disease: a white paper on evidence and arguments commissioned by the Council of the Obesity Society. *Obesity* 16(6): 1161–1177.
5. Carmo I, et al (2006) Prevalence of obesity in Portugal. *Obesity Reviews* 7: 233.
6. Pi-Sunyer X (2009) The medical risks of obesity. *Postgrad Med* 121(6):21–33.
7. Avenell A, Broom J, et al (2004) Systematic review of the long-term effects and economic consequences of treatments for obesity and implications for health improvement. *Health Technol Assess* 8(21):1–182.
8. Rubino F, Forgione A, et al (2006) The Mechanism of Diabetes Control After Gastrointestinal Bypass Surgery Reveals a Role of the Proximal Small Intestine in the Pathophysiology of Type 2 Diabetes. *Annals Surgery* 244(5): 741–749.
9. Chung Tham J, Howes N. et al (2014) The role of bariatric surgery in the treatment of diabetes. *Therapeutic Advances in Chronic Disease* 5(3) 149–157.
10. Rydén A, Torgerson J (2006) The Swedish Obese Subjects Study—what has been accomplished to date? *Surg Obes Relat Dis* 2(5):549–560.
11. Livingston EH (2002) Obesity and its surgical management. *Am J Surg* 184:103–13.
12. Anderson WA, Greene GW et al (2007) Weight loss and health outcomes in African Americans and whites after gastric bypass surgery. *Obesity* 15:1455–63.
13. Mitka M. (2006) Surgery useful for morbid obesity, but safety and efficacy questions linger. *Journal of American Medical Association* 296:1575–7.
14. Patterson EJ, Urbach DR et al (2003) A comparison of diet and exercise therapy versus laparoscopic Roux-en-Y gastric bypass surgery for morbid obesity: a decision analysis model. *J Am Coll Surg* 196:379.
15. Waden T, Pories W et al (1998) The Practical Guide: Identification, Evaluation, and Treatment of overweight and obesity in adults. North American Association for the

study of obesity and National Heart, Lung and Blood Institute. National Institute of Health.

16. Stocker D (2003) Management of the bariatric surgery patient. *Endocrinol Metab Clin North Am* 32: 437-457.
17. Shermak MA, Chang D et al (2006) An outcomes analysis of patients undergoing body contouring surgery after massive weight loss. *Plast Reconstr Surg* 118:1026-31.
18. Greenway F (1996) Surgery for obesity. *Endocrinol Metab Clin North Am* 25: 1005-1027.
19. Williamson DF, Pamuk E et al (1995) Prospective study of intentional weight loss and mortality in never-smoking overweight US white women aged 40-64 years. *Am J Epidemiol* 141:1128-1141.
20. Sjostrom L, Narbro K et al (2007) Effects of bariatric surgery on mortality in Swedish obese subjects. *N Engl J Med* 357:741-752.
21. Buchwald H, Avidor Y et al (2004) Bariatric surgery: a systematic review and meta-analysis. *Journal of American Medical Association* 292:1724-1737.
22. Livingston EH (2004) Procedure incidence and in-hospital complication rates of bariatric surgery in the United States. *Am J Surg* 188:105-110.
23. Santry HP, Gillen DL et al (2005) Trends in bariatric surgical procedures. *Journal of American Medical Association* 294:1909-1917.
24. Buchwald H, Williams SE (2004) Bariatric surgery worldwide 2003. *Obesity Surgery* 14:1157-1164.
25. Jeffrey A, Tice M et al (2008) Gastric Banding or Bypass? A Systematic Review Comparing the Two Most Popular Bariatric Procedures. *The American Journal of Medicine* 121(10): 891-892.
26. Butner KL, Nickols-Richardson SM et al (2010) A review of weight loss following Roux-en-Y gastric bypass vs restrictive bariatric surgery: impact on adiponectin and insulin. *Obesity Surgery* 20(5):559-68.
27. Garb J, Welch G et al (2009) Bariatric surgery for the treatment of morbid obesity: a meta-analysis of weight loss outcomes for laparoscopic adjustable gastric banding and laparoscopic gastric bypass. *Obesity Surgery* 19(10):1447-55.
28. Atkinson MJ, Sinha A et al (2004) Validation of a general measure of treatment satisfaction, the treatment satisfaction Questionnaire for Medication (TSQM), using a national panel study of chronic disease. *Health Qual Life Outcomes* 2(12).

29. Pestana MH, Gageiro JN. (2000) *Análise de dados para ciências sociais: a complementaridade do SPSS*. Segunda edição. Lisboa: Edições Sílabo; 2000.
30. Still CD, Wood GC et al (2013) Clinical factors associated with weight loss outcomes after Roux-en-Y gastric bypass surgery. *Obesity* 22(3): 888-894.
31. Wood GC, Benotti P et al (2014) Patient-Centered Electronic Tool for Weight Loss Outcomes after Roux-en-Y Gastric Bypass. *Journal of Obesity* 2014:7.
32. Pereira, M (2001). A perspectiva Biopsicossocial na avaliação em Psicologia da Saúde: Modelo Interdependente. *Teoria, investigação e prática*: 1-9.
33. Gerbrand CM, Van Hout MS et al (2005) Psychosocial Predictors of Success following Bariatric Surgery. *Obesity Surgery* 15:552-560.
34. Dixon JB, Dixon ME et al (2001) Quality of life after Lap-Band placement: influence of time, weight loss, and comorbidities. *Obesity Res* 9: 713-21.
35. Oria HE, Moorehead MK (1998). Bariatric analysis and reporting outcome system (BAROS). *Obesity Surgery* 8: 487-99.
36. Moorehead M, Ardelt-Gattinger E et al (2003) The validation of the Moorehead-Ardelt quality of life questionnaire II. *Obesity Surgery* 13: 684-92.
37. Zhaoping Li, Heber D et al (2013) Managing Weight Loss Expectations The Challenge and the Opportunity. *The Journal of the American Medicine*. 148(3): 264-271.
38. Wee CC, Jones DB et al (2006) Understanding patients' value of weight loss and expectations for bariatric surgery. *Obesity Surgery* 16(4): 496–500
39. Foster GD, Wadden TA et al (2001) Obese patients' perceptions of treatment outcomes and the factors that influence them. *Archives of Internal Medicine* 161(17): 2133–2139.
40. Kaly P, Orellana S et al (2008) Unrealistic weight loss expectations in candidates for bariatric surgery. *Surgery for Obesity and Related Diseases* 4: 6-10.
41. Guimarães J, Campos MV et al (2006). Factores preditivos da perda de peso após cirurgia bariátrica. *Revista Portuguesa de Endocrinologia, Diabetes e Metabolismo* 02: 7-11.
42. Kral JG (2001) Selection of patients for anti obesity surgery. *Int J Obesity Relat Metab Disord* 25:107-112.
43. Buchwald H, Oien DM (2009) Metabolic/bariatric surgery worldwide 2008. *Obesity Surgery* 19:1605–11.

44. Deitel M, Greenstein R (2003) Recommendations for reporting weight loss. *Obesity Surgery* 13:159–60.
45. Borrás A, Perez N (2010) Weight Loss Reporting: Predicted Body Mass Index After Bariatric Surgery. *Obesity Surgery* (DOI 10.1007/s11695-010-0243-7).
46. Tinsley H, Tinsley DJ (1987) Uses of factor analysis in counseling psychology research. *Journal of Counseling Psychology*, vol 34, pp. 414-424.
47. Stevens J (1986) *Applied Multivariate Statistics for the Social Sciences*. (1st edition). New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates.
48. Ribeiro JLP (2005). O importante é a saúde – estudo de adaptação de uma técnica de avaliação do estado de saúde – SF-36. Edição Merck Sharp e Dohme.
49. Ribeiro JLP (1999). *Investigação e avaliação em psicologia e saúde*. 1ª Edição. Climepsi Editores. Lisboa.
50. Almeida LS, Freire T (2000). *Metodologia da Investigação em Psicologia e Educação*. Braga: Psiquilíbrios.
51. Loewenthal K (2001). *An Introduction to Psychological Tests and Scales*. Hove, East Sussex: Psychology Press Ltd.
52. Jeffrey A, Tice M et al (2008) Gastric Banding or Bypass? A Systematic Review Comparing the Two Most Popular Bariatric Procedures. *The American Journal of Medicine* 121(10): 891-892.
53. Garb J, Zagarins S et al (2009). Bariatric Surgery for the Treatment of Morbid Obesity: A Meta-analysis of Weight Loss Outcomes for Laparoscopic Adjustable Gastric Banding and Laparoscopic Gastric Bypass. *Obesity Surgery* 19:1447–1455.
54. Kitzinger HB, Abayev S et al (2012) After massive weight loss: Patients expectations of body contouring surgery. *Obesity Surgery* 22:544-8.
55. Zuelzer HB, Baugh NG (2007) Bariatric and body-contouring surgery: A continuum of care for excess and lax skin. *Plastic Surgery Nurs* 27:3-13.
56. A. Modarressi, Huber O et al (2012) Plastic Surgery After Gastric Bypass Improves Long-Term Quality of Life. *Obesity Surgery* 23: 24–30.
57. Kinzl JF, Fiala M et al (2001) Partnership, Sexuality, and Sexual Disorders in Morbidly Obese Women: Consequences of Weight Loss After Gastric Banding. *Obesity Surgery* 11: 455-458.

58. Overs SE, Zarshenas N et al (2012) Food Tolerance and Gastrointestinal Quality of Life Following Three Bariatric Procedures: Adjustable Gastric Banding, Roux-en-Y Gastric Bypass, and Sleeve Gastrectomy. *Obesity Surgery* 22: 536–54.

## **ANEXOS**

### **1. Questionário de Satisfação – Cirurgia Bariátrica**

**QUESTIONÁRIO DE SATISFAÇÃO**  
**- CIRURGIA BARIÁTRICA -**

Nº de questionário: \_\_\_\_\_

SEXO: \_\_\_\_\_ IDADE: \_\_\_\_\_

**PROCEDIMENTO REALIZADO:**

☐ Banda gástrica

☐ Bypass gástrico

Data: \_\_\_\_\_

Peso inicial \_\_\_\_\_

Peso actual \_\_\_\_\_



**1. Quando aceitou ser operado, quais eram os seus objectivos? (pode seleccionar VÁRIAS respostas)**

- ☐ Melhorar a sua auto-estima
- ☐ Melhorar a forma como as outras pessoas o viam
- ☐ Melhorar a sua saúde
- ☐ Melhorar a sua vida sexual
- ☐ Ser capaz de tratar da sua higiene sozinho
- ☐ Movimentar-se melhor
- ☐ Usar roupa do seu agrado
- ☐ Melhorar a sua situação profissional
- ☐ Melhorar a sua situação amorosa
- ☐ Reduzir o seu peso
- ☐ Outros (quais)? \_\_\_\_\_

**2. Que peso pensou que ia atingir? \_\_\_\_\_**

**3. Se voltasse atrás, voltaria a querer ser operado?**

- ☐ Sim, com certeza
- ☐ Sim, talvez
- ☐ Não sei
- ☐ Talvez não
- ☐ Não, nunca

**4. Recomendaria a cirurgia a que foi submetido a outras pessoas?**

- ☐ Sim, com certeza
- ☐ Sim, talvez
- ☐ Não sei
- ☐ Talvez não
- ☐ Não, nunca

**APÓS A CIRURGIA, QUÃO SATISFEITO/INSATISFEITO ESTÁ COM:**

	Muito satisfeito	Satisfeito	Nem satisfeito nem insatisfeito	Insatisfeito	Muito insatisfeito
Os objetivos que a cirurgia lhe permitiu alcançar					
O peso que atingiu					
A melhoria da sua autoestima					
A forma como passou a ser vista pelos outros					
A melhoria da sua saúde em geral					
A melhoria da sua vida sexual					
A melhoria da sua vida profissional					
A melhoria da sua vida amorosa					
A melhoria da sua vida social					
A melhoria do seu bem estar emocional					
O seu aspeto físico quando está vestido					
O seu aspeto físico quando está despido					
A melhoria do seu bem estar físico					
A necessidade de tomar medicação devido à cirurgia					
Os seus hábitos alimentares					
A possibilidade de usar roupa do seu agrado					
A melhoria na sua liberdade de movimentos					
A melhoria da capacidade de tratar da sua higiene					
Prazer de comer					
Sensação de fome					
O tipo de alimentos que consegue comer					
A quantidade de alimentos que come					

